

## RELACIONES LABORALES, CONDICIONES DE TRABAJO Y PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR SALUD.

**Pedro Brito**, OPS/OMS  
**Pedro Galin**, NOGAL  
**Marta Novick** CONICET/ UNGS

Este documento presenta la evidencia disponible sobre objetivos, modelos y resultados de las relaciones de trabajo en los sistemas de salud.

Su contenido comprende los siguientes temas:

1. La reforma y reorganización del sector salud: vinculación con relaciones laborales eficientes.
2. Diferentes modelos de empleo y de relaciones de trabajo en el sector salud, sus implicancias e impacto sobre la eficacia organizacional.
3. Formas de empleo y condiciones de trabajo en el sector salud: cambios durante el proceso de reforma: su impacto en la conducta laboral.

### **1. La reforma y reorganización del sector salud: vinculación con relaciones laborales eficientes.**

El sector salud es un importante empleador en todos los países. Actualmente se estima en unos 35 millones los empleados en el sector<sup>1</sup>, en tanto que en la Región de las Américas se acercaría a los 9 millones<sup>2</sup>. Aunque por ahora en América Latina y el Caribe se observa un estancamiento del ritmo de crecimiento del empleo, es altamente probable que en un futuro cercano se produzca un nuevo crecimiento, al menos en el sector público. Ello se verificaría a consecuencia de las necesidades de aumento de cobertura y cambios en los modelos de atención y de las condiciones epidemiológicas, que combinan altas prevalencias de enfermedades carenciales e infecciosas con las crónicas y degenerativas.

El componente de trabajo en la producción de servicios de salud es crucial para el éxito de la adaptación de los servicios a las nuevas necesidades y es, a su vez impactado por las modificaciones estructurales. El análisis de estas mutuas interacciones y sus consecuencias en las relaciones laborales, es el propósito de esta sección.

---

1 International Labour Organization (ILO). "Terms of employment and working conditions in Health Sector Reforms" Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. Geneva, 1998.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Américas, Tomo 1. Washington DC, 1998.

Durante los años 80 y 90 hubo un interés sin precedentes en la reforma de la atención de la salud a nivel mundial. A pesar del carácter “mano de obra intensiva” del sector ( que ocupa entre el 50 y el 75% de los presupuestos sectoriales), no se ha prestado la debida atención a las repercusiones de las reformas sobre la gestión de los recursos humanos, aunque organismos como la OMS identifican los temas de recursos humanos ( como ejemplo remuneraciones e incentivos) “como uno de los aspectos más difíciles de la agenda internacional de salud”<sup>3</sup>

En América Latina, el origen de los procesos de reforma del sector de la salud se ha derivado, en unos casos, de procesos de reforma del Estado o de la Constitución, en otros, de meras consideraciones financieras, y en algunos otros, de ambas. Ha sido escasa la participación de los ministerios o del sector de salud en su diseño, con o sin comisiones nacionales de reforma<sup>4</sup>

En pocos casos en la región latinoamericana las reformas han influido en todas las funciones del sistema de salud o modificaron substancialmente la combinación público-privado. En su mayoría han sido de alcance limitado (solamente en la prestación de servicios de salud, pero no en el financiamiento) o en el ámbito de aplicación (abarcan solamente los ministerios de salud o las instituciones del seguro social). Los criterios formales para los ejercicios nacionales de evaluación han sido reducidos<sup>5</sup>.

Si bien la participación del personal, sus características y sus acciones, para beneficio o perjuicio de esos procesos tiende a determinar la viabilidad y sostenibilidad de las reformas<sup>6</sup>, los problemas, políticas e intervenciones relacionadas con los recursos humanos han tenido poca cabida en las agendas estratégicas. Las decisiones de política de RRHH en las reformas han sido subordinadas a razones económicas. En el mejor de los casos, las cuestiones referidas al personal han merecido atención sólo como acciones gerenciales, como parte de otras intervenciones orientadas a la eficiencia y el incremento de la productividad. Paradójicamente, esto ha ocurrido al tiempo que las transformaciones del Estado, la economía y las instituciones han revolucionado las condiciones económicas y las relaciones de trabajo previas. De otro lado, se ha soslayado también la importancia de la acción del personal. Los trabajadores de salud, individual y colectivamente debieran ser protagonistas de la reforma del sector. Buena

---

<sup>3</sup> Bach, S: “Tendencias de las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones sobre la gestión de recursos humanos” en **Observatorio de los Recursos Humanos en salud**, OPS/OMS, Quito, 2000

<sup>4</sup> Infante A., I. De la Mata y D. López Acuña: “Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias” en . Revista Panamericana de Salud Pública, 2000; 8 (1-2): 13-19.

<sup>5</sup> Infante A., I. De la Mata y D. López Acuña, op cit

<sup>6</sup> Brito Quintana: "Impacto de las reformas del Sector de la Salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral " en Revista Panamericana de Salud Pública, 2000 N° 8, pp 43-54

parte de los fallos en la implementación de los cambios se explican por la tendencia a instrumentalizar al personal, olvidando que su involucramiento es condición de éxito.

En las llamadas reformas de segunda generación, se han impulsado algunos cambios culturales y gerenciales de importancia, como la sustitución de la lógica de programas por la lógica de proyectos, la búsqueda de costo -beneficio y costo -efectividad en la definición de intervenciones y la instalación de una dinámica competitiva en la asignación de recursos y en la gestión de las acciones sociales. Estos cambios han sido muy significativos en el sector salud con importantes consecuencias sobre los recursos humanos, tal como se desarrolla más adelante.

Entre los principales mecanismos de la reforma con consecuencias sobre los recursos humanos pueden identificarse:

**a) Descentralización de la gestión de personal**

Tal vez la condición que más ha generado cambios en la gestión de personal en el sector público ha sido la **descentralización de los sistemas de salud**. La descentralización se está efectuando en toda América Latina y también en algunos países europeos.<sup>7</sup> La mayoría de los países latinoamericanos analizados han derivado los recursos y las responsabilidades del sector de la salud al nivel intermedio (gobiernos estatales, provinciales o regionales) y, aunque en mucho menor grado, a nivel local (municipios o sus equivalentes). Esto tiende a aplicarse a los servicios prestados por los ministerios de salud pero no a los proporcionados por instituciones del seguro social.<sup>8</sup> En los países centrales los ~~mismos~~ hospitales adquirieron mayor autonomía en la gestión de los recursos humanos e incluso en la asignación de remuneraciones.<sup>9</sup>

**b) Nueva agenda de gestión de recursos humanos**

Se puede afirmar que estamos asistiendo a la superposición de dos problemáticas o de dos agendas de la gestión de RRHH: una **agenda vieja** o fordista (correspondiente a un modelo de relaciones de trabajo estables y protegidas, centrado en la carrera de puesto de duración indefinida) y una **agenda nueva** o flexible (correspondiente a un nuevo modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la flexibilidad laboral).<sup>10</sup>

La vieja agenda remite a las cuestiones que la administración de personal no pudo o no supo resolver y persisten. Debe señalarse que la subsistencia, en muchos casos, de la rígida normativa previa, configura un círculo de hierro que hace difícil el cambio en la

---

<sup>7</sup> Bach, S: *Selected cases in Western Europe*, en Gabriel Üllrich (edit) **Labour and social dimensions of privatization and restructuring Health care services**, ILO, Ginebra, 1998

<sup>8</sup> Infante,A; De la Mata, López Acuña, D, op cit

<sup>9</sup> Bach,, op cit,2000

gestión. La nueva agenda se refiere a aquellas situaciones y cuestiones problemáticas instaladas *de novo* por los cambios derivados de las reformas.

El siguiente cuadro intenta ilustrar tanto algunos de los procesos incluidos en las reformas, como los eventuales cambios que traen aparejados en materia de recursos humanos:

Cuadro 1: Impacto de las reformas sobre el trabajo del personal de salud	
Procesos sustantivos en las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Descentralización</li> <li>➤ Cambios en los ministerios: funciones y estructura</li> <li>➤ Cambios en el financiamiento y en las modalidades de pago</li> <li>➤ Nuevas modalidades de gestión: externalización, tercerización, compra de servicios, autonomía de servicios, etc.</li> <li>➤ Cambios en los modelos de atención, tanto en nivel básico como en la complejidad</li> <li>➤ Extensión de la cobertura</li> <li>➤ Preocupación por la calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mayor resolutivez de los servicios e intervenciones</li> <li>➤ Cambios en las funciones y nuevas competencias</li> <li>➤ Exigencia por calidad y productividad</li> <li>➤ Cambios en la organización del trabajo, y promoción de la conformación de equipos</li> <li>➤ Flexibilidad laboral: nuevas formas de contratación, tendencias a la precariedad</li> <li>➤ Énfasis en el desempeño y su evaluación</li> <li>➤ Cambios en los sistemas de incentivos</li> <li>➤ Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.</li> <li>➤ Acreditación y certificación profesional</li> </ul>

Fuente: OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 1999

### c) Las reformas, los actores y sus estrategias

Ciertas condiciones críticas de los recursos humanos en salud, aún cuando ya aparecían como elementos importantes en etapas previas a la reforma, cobran ahora una renovada importancia. En primer lugar, cabe señalar la **existencia de múltiples, dinámicos y conflictivos actores sociales e intereses corporativos.**

Otra condición es que **se tienden a cuestionar las visiones instrumentales sobre el personal y su trabajo**, sustituidas por visiones sociales e institucionales integrales. Aquí se puede encontrar un eco tanto de las perspectivas políticas que enfatizan el derecho a la salud y el estatus de ciudadanía del personal como de los usuarios ~~emce~~ y de los nuevos paradigmas organizacionales sobre capital humano y el papel del conocimiento como fuerza productiva.

<sup>10</sup> Dal Poz, M: Presentación en la Reunión Regional sobre Recursos Humanos: Factor crítico de las reformas sectoriales de Salud. OPS-OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 8, 1998

Se cuestionan los estilos de planificación, gestión y educación vigentes previamente, el nuevo enfoque valora la visión estratégica y la construcción participativa de planes adecuados a las realidades locales; la perspectiva de gestión de personal subordina lo administrativo y enfatiza la organización, las relaciones sociales e institucionales y la cuestión del poder.

## **LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL MARCO DE LAS REFORMAS SECTORIALES**

A pesar de estas transformaciones sectoriales, sólo una minoría de los países ha desarrollado o fortalecido unidades específicas para asumir la función de desarrollo de recursos humanos o puesto en práctica programas de desarrollo de recursos humanos para hacer frente a los retos generados por la reforma del sector de la salud. A pesar del reconocimiento generalizado de los cambios que están ocurriendo en los métodos de gestión dentro del sector público, por ejemplo, en América Latina, todavía no hay acciones sistemáticas para orientar el proceso. En numerosos países se han introducido políticas de incentivos ligados a desempeño y mejoría de la productividad, no obstante, son pocos los casos donde se han desarrollado experiencias más integrales en gestión del desempeño del personal.

En lo referente a la **prestación de servicios** se constata que en la mayoría de los países en vías de desarrollo están redefiniendo el modelo de prestación de atención de salud de los servicios del sector público, en particular para la red ambulatoria de dispensarios y centros de salud. Esto se asocia comúnmente con la elaboración de programas especiales para grupos vulnerables. Sin embargo, poco se ha hecho en lo que se refiere a mejoras en el sistema de reenvío a los niveles de atención secundaria y terciaria<sup>11</sup>. Ese cambio del modelo de atención, en especial del nivel básico, ha generado demandas de nuevas competencias para el personal que enfatizan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, énfasis en el desarrollo de perfiles de tipo generalista para los profesionales y conformación de equipos de atención efectivos.

Los **cambios en los modelos de atención** y los desafíos que involucra en cuanto a transformación en la organización y contenido del trabajo, están obligando a que las instituciones de formación de profesionales y técnicos tengan que redefinir sus perfiles de salida profesional y un mayor grado de compromiso e integración en los cambios que ocurren en los servicios. Por otro lado, las necesidades de aprendizaje para el

---

<sup>11</sup> Infante, de la Mata, López Acuña, op citr

cambio y el desarrollo de nuevas competencias ha producido que en numerosos países se desarrollen componentes educativos de importancia en los proyectos de fortalecimiento institucional y de inversión definidos para apoyar las reformas en marcha. Existe en estos momentos una rica experiencia de educación en servicio basada en nuevos enfoques educativos, de ejecución descentralizada y con una modalidad de gestión competitiva que requiere ser evaluada.

## 2. DIFERENTES MODELOS DE EMPLEO Y RELACIONES LABORALES EN EL SECTOR SALUD

La cuestión de los modelos de empleo y las relaciones laborales en el sector salud y su impacto en la eficacia de las organizaciones (públicas o privadas), tiene como referencia un marco mucho más amplio que los límites institucionales del sector salud. "Cobra una gran importancia reparar en los efectos que sobre las condiciones de trabajo y las relaciones laborales en el sector impulsan **las reformas estatales y sus correspondientes cambios en la administración pública**. Es importante también tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo en las economías nacionales, que configuran las llamadas **reformas laborales**. El sector de Salud, con todas sus especificidades, está sujeto a mecanismos de vasos comunicantes entre sus subsectores y con otros sectores, en lo que se refiere a los mercados de trabajo y las remuneraciones."<sup>12</sup>

Por ello, el examen de los modelos de relaciones laborales en el sector salud debe ser introducido con un examen de los modelos de regulaciones laborales en el conjunto de la economía, y los de la administración pública. Estos factores codeterminan, junto a las reformas sectoriales, las características específicas de las relaciones laborales..

a. Los modelos de regulaciones laborales.

En los países desarrollados se han reconocido por lo general tres modelos: el continental, el anglosajón y el japonés. La ortodoxia económica ha considerado a los Estados Unidos como país paradigmático de la competitividad y productividad por sus escasas regulaciones en tanto que Europa continental encarnaría el opuesto. Por su lado, Japón cuenta con normas laborales y sistemas de protección social más rígidos que los estadounidenses, aunque el nivel de negociación colectiva es descentralizado. Los apologistas ortodoxos del modelo norteamericano señalan el crecimiento de la

---

<sup>12</sup> Pedro Brito Quintana, "Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales", 3er. Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, Buenos Aires, 2000

productividad de su economía en los 90 como prueba de su superioridad, pero tal afirmación ha sido discutida por diversos estudios. Por ejemplo, se ha afirmado que "ninguna de las propiedades que se encuentran tras los tres grandes bloques mundiales tiene una superioridad general sobre sus competidores, teniendo cada uno de ellos sus méritos y desventajas comparativas"<sup>13</sup> Investigaciones de la OECD sobre instituciones específicas llegaron a similares conclusiones sobre la cuestión de la eficiencia superior de algunos modelos sobre otros en materia de tiempo de trabajo, los contratos, los salarios mínimos y los derechos de representación de los trabajadores,<sup>14</sup> las vinculaciones entre las normas laborales fundamentales (libertad sindical y negociación colectiva) y los flujos comerciales confirmando que las normas laborales apenas influyen en los desempeños comerciales<sup>15</sup>. Otro estudio concluyó que la evidencia presentada no muestra relaciones estadísticamente significativas entre la performance económica y la negociación colectiva. Una excepción es que las economías con mayor centralización/ coordinación de la negociación observan menor desigualdad de ingresos comparados con las más descentralizadas/ descoordinadas. También se observa cierta tendencia a que los sistemas más centralizados/coordinados registren menor desempleo y mayor tasa de empleo comparados con otros menos centralizados/coordinados y que los países que se movieron en los 80 hacia negociaciones más descentralizadas o menos coordinadas han experimentado mayores declives en la tasa de empleo que los más centralizados o coordinados.<sup>16</sup> En 1998 la OCDE concluyó que los países con salarios mínimos relativamente altos tienen menos desigualdades de ingresos y una menor incidencia de bajos ingresos<sup>17</sup> y en 1999 dio a conocer otro que se refiere a la legislación protectora del empleo (EPL) y la performance del mercado de trabajo.<sup>18</sup> Los nuevos datos presentados describen la legislación protectora y la práctica de 27 países entre fines de los 80 y fines de los 90, sobre las regulaciones relativas a las indemnizaciones por despido en los contratos de trabajo por tiempo indeterminado y las normas sobre contratos por tiempo determinado, en forma coincidente con estudios previos, aparece ***poca o ninguna vinculación entre la estrictez de las EPL y el desempleo global*** (énfasis propio). Sintetizando, "Las características idiosincrásicas del mercado de trabajo o las políticas laborales afectan los resultados económicos de manera significativa? Mi

---

<sup>13</sup> Jacobi, O. "Competitive advantages of European, American and Japanese industrial relations", 4<sup>th</sup>. Regional Congress, Helsinki, International Industrial Relations Association, 1994.

<sup>14</sup> OCDE Perspectivas del Empleo 1994. "Las normas laborales y la integración económica", *Revista de Trabajo*, No. 5, MTSS, Buenos Aires, p. 232

<sup>15</sup> OECD *Les échanges et les normes du travail*. París, marzo 1996.

<sup>16</sup> OECD. *Employment Outlook*, July 1997 p. 64.

<sup>17</sup> OECD, *Employment Outlook*, July 1998.

<sup>18</sup> OECD, *Employment Outlook*, Chapter 2, "Employment Protection and Labour Market Performance", June 1999.

respuesta es sí, las instituciones asociadas con la negociación colectiva y otras formas de determinación institucional reducen sustancialmente la dispersión de ingresos. Pero las instituciones tienen mucho más débiles e inciertos efectos sobre la eficiencia. Se sugiere que la hipótesis nula sería que las instituciones tienen efectos despreciables sobre la eficiencia a nivel nacional, al menos en la experiencia de los países industrializados.<sup>19</sup>

En los países en vías de desarrollo se han opuesto por lo general, el modelo latinoamericano y el del sudeste asiático. El primero ha sido considerado por la ortodoxia como excesivamente reglamentario lo que habría exacerbado el dualismo estructural e impedido que el mercado de trabajo se adaptara a la evolución de las fuerzas del mercado, mientras que en los países asiáticos de industrialización reciente el mercado de trabajo está muy poco reglamentado, a lo cual se debería el éxito de las estrategias de desarrollo de las exportaciones. A ese éxito -se ha sostenido-, habría contribuido la represión a los sindicatos, sobre todo en su función de fijación de salarios. Esta perspectiva ortodoxa sobre el modelo asiático ha sido cuestionada: a) El crecimiento económico se produjo en un contexto de elevación de los salarios<sup>20</sup>, b) En Corea fue necesario disciplinar también a las empresas, incluso interviniendo para asegurar condiciones de trabajo compatibles con el grado de desarrollo alcanzado<sup>21</sup> y para que los trabajadores participaran en los frutos del crecimiento. c) La evolución registrada hacia mediados de la década del 90, con la incorporación de varias medidas protectoras no alteraron el ritmo de crecimiento<sup>22</sup> de esos países. "Esa evolución normativa en Asia pone, pues, de manifiesto que para el éxito en los mercados de exportación no es indispensable ni un mercado de trabajo totalmente liberalizado ni la represión de las reivindicaciones de los trabajadores".<sup>23</sup>

La argumentación ortodoxa es bien conocida en América Latina: las barreras arancelarias y el elevado involucramiento del estado alterando las rentabilidades relativas de los sectores habían generado economías con escasa capacidad de crecimiento y/o fuertes inestabilidades macroeconómicas. Las normas laborales, en particular, habrían quitado flexibilidad al mercado de trabajo, aumentado los costos no salariales y elevado desmedidamente --en algunos casos-- la capacidad de presión de los gremios. En los 90 buena parte de los países latinoamericanos introdujeron "reformas al régimen jurídico de

---

<sup>19</sup> Richard B. Freeman, "Single peaked vs. Diversified capitalism: the relation between economic institutions and outcomes", NBER, February 2000.

<sup>20</sup> G. Fields, "Changing labor market conditions and economic development in Hing Kong, the Republic of Korea, Singapore and Taiwan", World Bank Economic Review, Vol. 8, no. 3, 1995, p. 95.

<sup>21</sup> Park, Y. State regulation, the labour market and economic development: The Republic of Korea, G. Rodgers (ed.) *Workers, Institutions and Economic Growth in Asia*, OIT, Ginebra, IIEL, 1994.

<sup>22</sup> La crisis fue determinada por la del sector financiero, fundamentalmente.



protección del empleo que facilitaron despidos y contrataciones flexibles.....(que).no se tradujeron en un mejor desempeño del empleo, y si tuvieron algún efecto fue precisamente el opuesto, a causa de la expansión de los despidos y del avance del empleo temporario".<sup>24</sup> En un sentido similar, respecto del nivel de la negociación colectiva: "La evidencia sugiere que, en los países latinoamericanos, en períodos en que la negociación colectiva fue irrestricta o relativamente libre, los grados de desigualdad salarial y centralización de la negociación colectiva se encuentran inversa - pero no estrechamente- asociadas, reproduciendo el patrón característico de los países de la OCDE<sup>25</sup>.

En síntesis, los modelos de relaciones de trabajo, orientados a la flexibilización, la desregulación y la desconcentración no parecieran demostrar mayores éxitos de eficiencia que los alternativos más protectorios en el conjunto de la economía. En cambio, estos últimos revelan mejor comportamiento distributivo y de equidad que los primeros.

#### **b. Los modelos de reforma de la administración pública**

La reforma del sector público en los países desarrollados se ha basado en la idea de competencia y en los incentivos materiales. En cambio, el modelo de reforma de la administración pública tradicional en los países en vías de desarrollo, tal como la promueve el Banco Mundial (muy influyente en la determinación de las reformas del sector salud en todos los países en vías de desarrollo), incluyó tres objetivos principales: i) la reducción del personal remunerado con cargo a recursos públicos, ii) la introducción de diferencias salariales a fin de poder disponer de mayores incentivos, iii) la restauración de los elementos clave de una "burocracia tradicional" - orden, jerarquía, procedimiento formal y mayor responsabilidad. Sin embargo, la experiencia de este modelo de reforma del sector público ha sido desigual, debido en particular a que el propio servicio público ha opuesto una firme resistencia al mismo. Aunque a menudo tan sólo pasiva, esta resistencia ha tenido a menudo como consecuencia un retraso indefinido de la reforma.<sup>26</sup> Esta resistencia debe considerar que la reducción del personal representa una amenaza

---

<sup>23</sup> OIT, op.cit., p. 95.

<sup>24</sup> Adriana Marshall, "Protección del empleo en América Latina: las reformas de los años 1990 y sus efecto en el mercado de trabajo". *Estudios del Trabajo*, No. 11, Primer Semestre 1996, p. 25.

<sup>25</sup> Adriana Marshall, "Wage determination Regimes and Pay Inequality: a comparative study of Latin American countries"., *International Review of Applied Economies*, Vol. 13, No. 1, 1999, p. 33

<sup>26</sup> OIT, "Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector salud", Ginebra, 1998, p. 30-1.

directa para el sustento de la mayor parte de los empleados del sector público y que la descompresión salarial tan sólo beneficiará a un número reducido de miembros del personal de las categorías superiores.<sup>27</sup>

La tendencia a que las reformas de la administración pública tiendan a modificar la condición jurídica de los empleados se ha observado en países como Austria (los de la salud pasan a regirse por la legislación general del trabajo), Brasil, Suiza, Italia y en países anteriormente de economía centralmente planificada de Europa central y oriental, introduciendo mayor flexibilidad. En los casos en que no se ha revisado esa condición jurídica, con frecuencia han afectado sus condiciones de contratación, inspirándose en los métodos de gestión del sector privado: descentralización, subcontratación y privatización.<sup>28</sup> En los ejemplos de privatización, descentralización y subcontratación, varios son del sector salud, indicando que es uno en los que se inician o aplican más extensamente las reformas.<sup>29</sup>

#### c. Los modelos de empleo y relaciones laborales en el Sector salud.

La interacción de la reformas sectorial, de la administración pública y de los modelos de las relaciones laborales en su conjunto, condicionan los modelos de relaciones laborales en el sector salud.

Ambas reformas tienen sentidos coincidentes: privatización, desregulación, desconcentración y subcontratación. También este es el curso seguido en general por la evolución reciente de las relaciones laborales en todos los modelos, aunque sin modificar sus características originales. Esta coincidencia, desde luego no es casual, ya que se guiaron por igual inspiración en la economía ortodoxa y, particularmente en los países en vías de desarrollo, por las instituciones de Bretton Woods. Con ello se observa la tendencia a la individualización, desconcentración, flexibilización y en varios casos, desregulación de las relaciones laborales. Estos impactos, sin embargo, no han llegado a disociar los modelos de relaciones laborales en el sector salud de los modelos de relaciones laborales en el conjunto de la economía. Los modelos de relaciones laborales en el sector salud son, por ello, similares a los referidos: entre los países industrializados, el europeo continental, el anglosajón -especialmente el norteamericano- y el japonés, con sus singularidades. En los países en vías de desarrollo, las polaridades están representadas por América Latina y los países del sudeste asiático.

<sup>27</sup> OMS, *Public sector reform: Downsizing, restructuring, improving performance*. por Mick Moore (Ginebra, documento WHO/ARA/96.2, septiembre de 1996), p. 1

<sup>28</sup> OIT, "El desarrollo de los recursos humanos de la función pública en el contexto del ajuste estructural y del proceso de transición", Ginebra 1998, p. 74

### 3. MODALIDADES DE EMPLEO Y CONDICIONES DE TRABAJO EN EL SECTOR SALUD

Las reformas del sector salud, -cualquiera haya sido su punto de partida - se inclinaron a la introducción de elementos competitivos en sistemas anteriormente integrados, la mayoría de las veces incluyeron la lógica de mercado y del sector privado como elementos centrales de la reestructuración. Las situaciones no difirieron demasiado para los distintos "tipos" de sistemas de salud de Europa Occidental (los estilos de Beveridge y Bismarckiano), ya que en todos los casos se tendió a incrementar la competencia entre el sector público y el privado.<sup>30</sup>

También se verifican importantes cambios organizacionales en EEUU, que se expresan en tres tendencias principales: incremento en la diversificación de los tipos y productos organizacionales, cambios en las configuraciones gerenciales y en la propiedad tradicional, desarrollo de nuevos "arreglos interorganizacionales" y en la estratificación de sus estructuras, que combinan múltiples organizaciones y requieren de jerarquías y tomas de decisiones más complejas.<sup>31</sup> Esta evolución pareciera imitarse en otros países. De hecho, en EEUU, se registró una importante disminución en la cantidad de hospitales y en particular de hospitales de comunidad, a partir de cierres o fusiones. Estos factores han impulsado el énfasis en la competitividad, vinculados a la mayor importancia de los mecanismos de mercado, el egreso de muchas de las organizaciones sin fines de lucro, e, incluso cambios en las formas de contratación al personal profesional. En algún caso se ha observado que "los médicos se comportan cada vez menos como consultores independientes y más frecuentemente como asalariados debido a consideraciones económicas".<sup>32</sup>

El aumento de la competitividad y el cambio de la naturaleza de los hospitales redujo la seguridad, aumentó la movilidad laboral verificándose sobreoferta en algunas especialidades.<sup>33</sup> Los análisis realizados en Europa Occidental<sup>34</sup> y en otros países<sup>35</sup>

---

<sup>29</sup> Idem, p. 76 y 77 y OIT, "Nota sobre las labores. Reunión paritaria sobre el desarrollo de los recursos humanos de la función pública en el contexto del ajuste estructural y del proceso de transición". OIT, Ginebra, 1999, p. 44

<sup>30</sup> Stephen Bach, op. cit Quito, 2000.

<sup>31</sup> Fennell, M; Alexander, J: "Perspectives on organizational change in the US medical care sector", en Annual Review of Sociology, Vol. 19. (1993), pp. 89-112.

<sup>32</sup> Douglas R. Wholey and Lawton R. Burns, "Convenience and Independence: Do Physicians Strike a Balance in Admitting Decisions?" Journal of Health and Social Behavior, volume 32, Issue 3, Sep. 1991, p. 269). El estudio se efectuó en un municipio en el Oeste de EEUU, entre julio 85-julio 88. (8 hospitales).

<sup>33</sup> Loewenberg, J.J: "*Industrial relations effects of English care reforms on doctors*" en International Journal of Health services, Volumen 26, Number 4, pages 611-623, 1996

<sup>34</sup> Bach, op cit, 1997; OIT, op cit, 1998,

<sup>35</sup> Bloom, G; Xingyuan, G: Health sector reform: lessons from China, Social Science Medicine, Vol 45 N°3, pp 351-360, 1997

muestran que este incremento de la competencia influyó en “aumentos significativos del personal empleado con formas más precarias de contratos laborales, especialmente de plazo fijo y temporales”<sup>36</sup>

## a) Empleo y modalidades de contratación

### i. Empleo

En términos del nivel de empleo, la OIT <sup>37</sup> identifica tres situaciones diferentes ligadas a las reformas en salud:

- Las reformas que **disminuyeron el empleo**. Se mencionan los casos de Letonia, Chile entre 1974 y 1990 -se recupera en parte en el período democrático-, la Provincia de Alberta en Canadá, y el Municipio de los Ángeles<sup>38</sup>. Esta disminución no siempre fue de carácter global, sino que, en muchos casos, se produjo en algunos subsectores o grupos en particular. Así, de acuerdo con los datos que surgen de una encuesta por países realizada por la OIT, se observó mayor reducción de los puestos ocupados por personal femenino que del masculino o reestructuración del empleo entre los distintos subsectores de salud. Ejemplos de ello son la disminución de empleo en el sector farmacéutico, sobre todo en los laboratorios de producción de medicamentos; así como en el personal de atención geriátrica y del número de camas de psiquiatría, etc.
- Otro tipo de reformas son las que condujeron a un **aumento del empleo**, como en México, Zambia y Suecia. En este último país el empleo en el sector pasó del 6.2% del total en 1970 al 9.9% en 1980, manteniéndose estable hasta 1992.<sup>39</sup>
- Las reformas que **reestructuran el empleo**, son la mayoría, entre las cuales el Informe de la OIT menciona a Brasil. En materia de reestructuración debe también mencionarse una importante reducción en el número de personal jerárquico de los servicios en algunos países como Inglaterra.<sup>40</sup> En general, se verificó un aumento en el número de personal de staff con capacidad de reorganizar y reasignar tareas, lo

---

<sup>36</sup> Bach, op cit.

<sup>37</sup> Informe para el debate de la Reunión Paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, Ginebra, 1998

<sup>38</sup> Polaski, S: *Selected cases in America* en Gabriel Ülrich (edit) **Labour and social dimensions of privatization and restructuring Health care services**, ILO, Ginebra, 1998

<sup>39</sup> Bach, op cit, 2000

<sup>40</sup> Bach, S, op cit, ILO, Ginebra, 1998

que perfila una nueva estructura en las calificaciones sectoriales, con el reemplazo, ~~en general,~~ también de personal poco calificado por otro de mayor calificación<sup>41</sup> ..

## **ii. Marco regulatorio y modalidades de contratación**

La flexibilidad emerge como un medio que utilizan algunas empresas para incrementar su productividad y su competitividad. En una investigación se indica que más de la tercera parte de las empresas e instituciones del sector que utilizan los servicios de personal de enfermería reclutado por agencias de colocación ha señalado un aumento del número de contratos flexibles y más de un cuarto (27%) dieron cuenta de una disminución de los contratos de empleo a tiempo completo permanentes.<sup>42</sup> En Francia, incluso en el sector público se ha contratado bajo modalidades “flexibles” una proporción cada vez mayor de empleados. Muchos son trabajadores jóvenes y no calificados, en condiciones contractuales menos favorables, los que en algunos casos reciben un salario inferior el mínimo. Se calcula que hasta el 10% de los trabajos de oficina en los hospitales públicos están ocupados por trabajadores en condición precaria.<sup>43</sup>

En los países industrializados se ha indicado con frecuencia el incremento del trabajo a tiempo parcial. Todo indica que, por lo menos en el Reino Unido, en el futuro se reducirán las plantillas de personal contratado a tiempo completo y aumentará el volumen de trabajo a tiempo parcial. ~~Sin embargo, aún en Francia, los empleadores del sector público, han estado contratando bajo modalidades “flexibles”, una cada vez mayor proporción de empleados bajo regímenes diferentes. Muchos son trabajadores jóvenes y no calificados, en condiciones contractuales menos favorables, los que en algunos casos reciben un salario inferior el mínimo. (Se calcula que hasta el 10% de los trabajos de oficina en los hospitales públicos están ocupados por trabajadores en condición precaria).~~<sup>44</sup> En los países africanos, en cambio, el trabajo a tiempo parcial es prácticamente desconocido en el sector, porque en el servicio público la regla sigue siendo el empleo a tiempo completo<sup>45</sup>.

Este panorama general, aunque heterogéneo, lleva a la OIT a sostener que en los países industrializados las modalidades de trabajo flexible están ganando terreno muy rápidamente en el sector privado. A pesar de la heterogeneidad de países y situaciones, hay menos seguridad laboral para aquellos que conservan el trabajo,

---

<sup>41</sup> Brito Quintana, P: *Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales*, presentado en el Tercer Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, Buenos Aires, mayo 2000

<sup>42</sup> Según datos del Instituto Británico de Estudios sobre el empleo, citado por el Informe OIT

<sup>43</sup> Bach, op cit., 2000, citando Mossé and Tchobanian, 1999

<sup>44</sup> Bach, op cit, 2000, citando Mossé and Tchobanian, 1999

<sup>45</sup> Informe OIT, 1998, op cit

independientemente si son empleados del sector público o el privado<sup>46</sup>. En los estudios llevados a cabo en América Latina, se revelan transformaciones importantes de las modalidades de contratación del sector. En algunos casos, la necesidad de expansión de la cobertura a vastos sectores de la población<sup>47</sup> ha introducido un aumento en las modalidades “atípicas” de contratación. Son los casos, por ejemplo, de Perú con el Plan “Salud para todos” y en Brasil del “ Programa de salud de la familia”. Un estudio brasileño revela la utilización de diferentes modalidades, incluso en los contratos por tiempo indeterminado. La coexistencia de alternativas diversificadas interfirió en el desarrollo de estrategias de administración y gestión de los recursos humanos<sup>48</sup>

En Perú en 1996, el 76% del personal estaba “nombrado” esto es, contratado por el régimen de empleo público, pero se verificó la emergencia de un conjunto de nuevas modalidades. El personal asignado al Programa de Salud Básica para todos (emplea un 12% del total del personal público en salud) está contratado y sin protección social. Entre 1992 y 1996 se observa un crecimiento del número de contrataciones de profesionales, en especial médicos especialistas, enfermeras y técnicos. (alrededor de 10.000 personas)<sup>49</sup>. Brito Quintana<sup>50</sup> cita también el caso de Ecuador, donde junto a un marcado deterioro del salario, aparecen formas flexibles de contratación que sustituyen de hecho a las legalmente vigentes. En el caso de Argentina se observa un incremento de modalidades de contratación de carácter precario, incluso “fraudulentas”, que encubren relaciones de dependencia bajo el rótulo de trabajo autónomo profesional<sup>51</sup>. Los datos disponibles en América Latina indican la *emergencia de formas de trabajo más autónomo, con menor protección y estabilidad* (aún considerando la heterogeneidad tradicional del sector). En la región pueden advertirse formas de trabajo *semidependiente*

---

<sup>46</sup> Bach, op cit, 1998

<sup>47</sup> En los países de América Latina, otro de los procesos importantes de la Reforma ha sido la extensión y, en algunos casos, la recuperación de niveles previos de cobertura básica de servicios a la población. Quince países de esta región están llevando a cabo Programas especiales encaminados a ampliar la cobertura de los servicios de salud. La mayoría de ellos se basan en la mejora o extensión de la prestación del nivel primario de los servicios de atención mediante la introducción de paquetes básicos destinados ya sea a toda la población o a grupos especiales ( madres o niños). Ello implica también la incorporación de nuevos contingentes de personal en atención primaria.

<sup>48</sup> “ Situação de Vinculo do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde” , Ministerio da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, 1999

<sup>49</sup> Según informe del experto peruano en el Grupo de trabajo “Definición de un protocolo para el estudio de la situación y tendencias de la flexibilidad laboral y precarización del empleo en salud en América Latina y el Caribe”, Buenos Aires: 17–21 de enero, 2000, (Sede de la Representación OPS/ OMS en Argentina)

<sup>50</sup> Brito Quintana, P: “Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral “ en Revista Panamericana de Salud Pública, 8 (1/2), 2000

<sup>51</sup> Marta Novick- Pedro Galin: “Informe del estudio sobre reforma de las relaciones laborales en el sector salud”, para la OPS/OMS, 1996.

y otras *seudoautónomas*. Esta perspectiva analítica sostiene la tesis del "continuo" de tipos, que van desde el asalariado "típico" al cuentapropista "típico", presentándose diversas formas de empleo asalariado "no típico" u oculto. El tipo "asalariado oculto", constituye la nota más relevante de este aporte. Estos fenómenos se vinculan con una cierta difuminación del concepto de "dependencia laboral", cardinal en el derecho laboral clásico para distinguir a asalariados de independientes: "el pluralismo de los esquemas normativos del trabajo diluye el límite entre ambas variantes de prestación (dependiente y autónoma)."<sup>52</sup> Parecería ser esta línea de interpretación la que más se acerca a describir las modalidades emergentes en el sector, en particular en lo que a profesionales se refiere. La pregunta que surge es cuál es la relación entre estas modalidades de contratación y la calidad de los servicios prestados. ¿Cómo inciden estas nuevas situaciones de contratación laboral en la calidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud? Si bien, no se cuenta con estudios específicos, puede presumirse que las vinculaciones entre ambas dimensiones no son desdeñables.

### iii. **Pluriempleo**

Otro rasgo importante detectado en América Latina se refiere al pluriempleo, en especial en la Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y, en menor medida, Chile<sup>53</sup>. En el caso de Perú, un estudio<sup>54</sup>, detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los 90, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional<sup>55</sup>, y entre los odontólogos, del 2,26. El tema del pluriempleo fue detectado también en Panamá y El Salvador.<sup>56</sup> El pluriempleo está ligado a un conjunto diferente de causas. Por un lado, el mencionado aumento del trabajo a tiempo parcial lo facilita. De otra parte, la baja de las remuneraciones, impulsa a obtener ingresos de distintas fuentes. Por último, el desarrollo de un mercado "dual" de trabajo, lo viabiliza, combinando mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado y, protección social y otros beneficios, pero bajos salarios, en el público. El diferencial de remuneraciones induce un importante desplazamiento del sector público al privado, perdiendo aquel su personal más capacitado y con mayor experiencia.

En los países en transición del Centro y Este de Europa el personal de salud se está desplazando hacia el sector privado, aunque sus dimensiones no son precisas. También

<sup>52</sup> Adrián O. Goldin, "El concepto de dependencia laboral y las transformaciones productivas", en Relaciones Laborales, año 12, No. 3, p. 30 y ss. Madrid, febrero 1996.

<sup>53</sup> Universidad de Chile "Mercado de trabajo en el sector salud en Chile" Informe final, 1996.

<sup>54</sup> Brito, P; Lip, Cesar y Lazo, O: "El trabajo médico en el Perú", Lima, OPS/OMS, facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990

<sup>55</sup> Rigoli, F, La economía política de los Recursos Humanos, Montevideo, 1999

se observa en Europa occidental, como el caso de Suecia. Se trata de la adopción de estrategias individuales para mantener el ingreso médico en la que parece jugar un papel importante la acumulación de cargos y la posesión de varias especialidades como forma de mantener y acrecentar un "ingreso meta". Estas estrategias permitirían a ciertos grupos mantener su nivel de ingresos a través de la diversificación de puestos de trabajo. Entre los trabajadores del área de enfermería, el pluriempleo es considerablemente menor, lo que se explica por la mayor cantidad de horas trabajadas en cada puesto. Para el caso de Uruguay, donde fue estudiado este problema sistemáticamente, el promedio era 1.34 cargos por persona, es decir la mitad del registrado para los médicos.

Es mencionado- aunque en mucho menor proporción - en China, donde una parte creciente de los trabajadores de la salud en zonas no urbanas trabajan simultáneamente a tiempo parcial en ámbitos privados y en hospitales públicos.<sup>57</sup> En síntesis, podría afirmarse que esta tendencia al pluriempleo se está extendiendo considerablemente.

## **b) Relaciones laborales, organización y condiciones de trabajo**

### ***i. Relaciones laborales colectivas***

En materia de negociación colectiva, los subsectores han evolucionado en forma diferente. En el sector público, las negociaciones colectivas antes centralizadas, han tendido a desconcentrarse "bajando" el nivel de la negociación. En el privado se ha verificado una "individualización" de las relaciones laborales.

La negociación colectiva en Europa ha sido el método predominante de determinación de las remuneraciones en el sector salud y siguen centralizadas en la mayoría de los países. En algunos casos la respuesta fue descentralizarlas a nivel regional o por empresa, dando mayor poder discrecional a los gerentes para fijar las remuneraciones.<sup>58</sup> En el caso del Reino Unido, la estructura formal de negociación centralizada no cambió, aunque se observó cierta tendencia a la descentralización y a la creación de entidades autónomas, sobre todo para fijación de remuneraciones. Al mismo tiempo, se produjeron grandes transformaciones: Se determinaron incentivos de carácter individual de acuerdo a calificaciones y otros criterios (antigüedad en la profesión, horas trabajadas, áreas geográficas, etc.)<sup>59</sup>. De otro lado, al adquirir mayor autonomía los hospitales y delegación

---

<sup>56</sup> Brito Quintana, P: Impactos..... , 2000( op cit)

<sup>57</sup> Bloom y Xinguyan, G: op. cit, 1997

<sup>58</sup> Bach, 2000, op. cit

<sup>59</sup> Un estudio transversal de remuneraciones entre 1981 y 1992 detectó un crecimiento del 30% en las remuneraciones de los médicos y enfermeras calificadas y una disminución del 20% para los otros grupos (Elliott, R and Duffus, K: "What has been happening to pay in in the public sector –service sector of the British Economy? Developments over the period 1970-1992 en British Journal for Industrial Relations citado por Bach, S, op cit, 1998



a las autoridades locales para negociar salarios y condiciones de trabajo, los acuerdos *también* establecieron remuneraciones vinculadas a productividad y otros incentivos.<sup>60</sup> Las remuneraciones por mérito representaron un costo adicional sustancial, lo que llevó a muchas unidades hospitalarias autónomas a abandonar el sistema.

En Francia la negociación colectiva continúa centralizada en el sector público. En el privado, los acuerdos tienden a estar alineados con los del sector público. En Suecia se mantiene la centralización.<sup>61</sup> Por lo general, los sindicatos del sector tienen poca experiencia en la negociación local. El personal de enfermería ha sido el que más se ha opuesto, tanto a la descentralización como a los cambios en los sistemas de remuneraciones, por pertenecer en su mayoría al sector público, en el que las reducciones de costos son más imperiosas.

En los países de Europa Central y oriental las relaciones laborales son turbulentas, con nuevos empleadores, asociaciones profesionales emergentes y sindicatos reorganizados, así como falta de experiencia en el manejo de relaciones laborales en una economía de mercado. Antes de la transición, no existía una clara distinción entre el Estado y el empleador. Actualmente el monopolio del gobierno central como empleador no existe más, pudiendo presentarse dificultades para identificar al empleador real, lo que obstaculiza las negociaciones colectivas centralizadas.<sup>62</sup>

En Argentina la negociación colectiva tradicional corresponde al sector privado y sólo recientemente se ha reglamentado la negociación para el público pero, debido a la crisis presupuestaria, no se ha negociado en el sector salud. En el ámbito privado, muchos de los nuevos acuerdos se han realizado a nivel del establecimiento, introducen nuevos temas en la negociación, tales como "remuneraciones por productividad", "polivalencia" y cambios en la organización del trabajo, incluso alteraciones en el régimen de jornada.<sup>63</sup> En el caso de Brasil, se desarrollaron algunas experiencias interesantes en materia de negociación colectiva en el sector público con la participación de todos los sectores interesados, incluso de la comunidad. Los ejemplos analizados permitieron simultáneamente, flexibilidad en la asignación de puestos, fijación de mecanismos de negociación permanente y mejoras en los servicios y en la calidad de la atención.<sup>64</sup>

---

<sup>60</sup> Loewenberg, J.J, op cit

<sup>61</sup> Bach, op cit, 2000

<sup>62</sup> ILO, "Health Care personnel in Central and Eastern Europe", 1997, p. 32 y 36.

<sup>63</sup> Novick, M; Galin, P , op cit

<sup>64</sup> Braga, D, Jr " Negociación colectiva en el sector público municipal en salud: un resultado en Camphinas" y Oliveira, J.C y Braga, David, Jr " Sistema permanente de negociación colectiva de trabajo en el Hospital de IAMSPE/SP" en Brito Q, P; Campos, F y Novick, M Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: Cambios y oportunidades , Washington OPS/OMS, 1996

### **c) Condiciones de trabajo**

En el contexto actual, los hospitales y las corporaciones de salud se inclinaron hacia ideologías de gerencia y de gestión desarrolladas fundamentalmente en contextos industriales. Aplicando métodos de la industria privada, los ejecutivos intentan reducir la fuerza de trabajo, incorporan gran número de trabajadores no profesionales y crean mayor flexibilidad en el empleo de trabajadores tanto calificados como no calificados<sup>65</sup>. Desde una perspectiva positiva, la literatura gerencial argumenta que el rediseño de métodos para el trabajo corriente brinda una alternativa a los sistemas tayloristas y a la organización científica del trabajo, los que descomponen los puestos de trabajos en múltiples subtareas llevadas a cabo por trabajadores poco calificados. Desde una perspectiva crítica se argumenta que los nuevos métodos se focalizan en incrementar la productividad y reducir costos, antes que en mejorar la satisfacción del trabajador o del cliente. La aplicación de los nuevos métodos de diseño de puestos de trabajo al sector salud muestran estos aspectos contradictorios. Algunos autores<sup>66</sup>, sostienen que los cambios en el diseño de la organización del trabajo para mejorar la calidad de la atención son loables. Sin embargo, las estrategias de rediseño organizacional en salud fueron diseñadas centralmente para reducir costos, y, para algunos, implementadas para reducir el poder de los trabajadores, *reducir* el nivel de profesionalización y destruir instituciones laborales que interfieren con la racionalización del proceso de trabajo. En efecto, Bach<sup>67</sup> sostiene que “hay razones para creer que la intensidad de trabajo del personal de salud está aumentando”. Entre las razones menciona la reducción promedio de estadía de los pacientes, lo que implica mayor dependencia de los hospitalizados. Las dificultades de financiamiento obligan a dejar puestos vacantes o suprimirlos, intensificando el trabajo del personal restante.

La tendencia surgida de una encuesta OIT<sup>68</sup> parecería indicar que la duración normal de la semana de trabajo no aumentó tras las reformas, en particular en el sector público en salud, aunque en algunos casos, se han detectado modalidades de “anualización” de la

---

<sup>65</sup> Richardson, T: *Reengineering the Hospital: Patient-focused care in Working Smart: a Union Guide to Participation Programs and Reengineering*, edited by . M. Parker and J. Slaughter, Labor Education and Research Project, Detroit, 1994, citado por Brannon, R *Restructuring Hospital Nursing: reversing the trend toward a professional work force*, en **International Journal of Health Services**, Vol 26 N° 4, Págs 643-654, 1996

<sup>66</sup> Brannon, R: “Reestructuring Hospital Nursing: reversing the trend toward a professional work Force” en *International Journal of Health services*, Volumen 26 N° 4, Páginas 643-654, 1996

<sup>67</sup> Bach, op cit, 2000,pág 117

<sup>68</sup> Informe OIT, op cit, 1998, pág 56

duración del trabajo ( programación del número total de horas de trabajo previstas para un año civil). Las jornadas de trabajo prolongadas y el exceso de horas extraordinarias son problemas que también se plantean al personal de salud. Como ejemplo, se señala en un estudio sobre Europa que si bien en el 70% de los trabajadores tenían la obligación de trabajar entre 37 y 45 horas semanales, para una cuarta parte la jornada fluctuaba entre 46 y 72 horas. Un 67% de los médicos trabaja más de cinco horas extraordinarias por semana.<sup>69</sup> En Japón, el personal de enfermería ha venido denunciando la excesiva jornada de trabajo y el ritmo penoso de actividades. En Austria, los médicos trabajan más de 55 horas; en Rumania, la duración efectiva del trabajo de los médicos varones es superior en una hora a la jornada normal; el personal de enfermería trabaja tres horas más que la jornada normal. A pesar de ello, parecería que el problema está más centrado en el "aumento del volumen de trabajo" por mayor déficit de recursos humanos, vacantes no cubiertas, reducción del personal de guardia, necesidad de supervisar personal con menor calificación, antes que el aumento del número de horas trabajadas<sup>70</sup>. En América Latina, hay poca información específica al respecto, aunque los datos ya transcritos de pluriempleo indican que sería muy diferente la duración de la jornada según se considere la "legal" en el sector público o la "real" del personal profesional frecuentemente pluriemplado.

#### **d) Participación en la gestión**

Si bien, es escasa la información sobre nuevas modalidades de gestión en el sector salud, se presume que es mayor la importancia adquirida por las competencias gerenciales, al pasarse de servicios administrados a servicios "gestionados". Ello se debe a los cambios introducidos con las reformas y el mayor énfasis en la inclusión de médicos clínicos y otros profesionales en el proceso de gestión<sup>71</sup>. En Inglaterra el sistema de participación se ha convertido en un imperativo legal- casi moral - en el sector, aunque de diferente tipo y resultados, sobre todo por la distancia entre los objetivos iniciales y las prácticas cotidianas. En otros casos se señala la dificultad de establecer objetivos a partir de la prioridad que se le otorga a las demandas de los profesionales sobre la de los pacientes.<sup>72</sup> En América Latina también se han introducido cambios muy significativos en los modelos de administración. En algunos países (Chile,

---

<sup>69</sup> Realizado por el Grupo de Trabajo permanente de los jóvenes europeos, citado por el Informe OIT, op cit, 1998

<sup>70</sup> Datos del Informe OIT, op cit, 1998

<sup>71</sup> Bach, op cit, 2000

<sup>72</sup> Plamping, D; Gordon, P; Pratt, J: " Practical partnerships for health and local authorities" in British Medical Journal, 2000

Costa Rica, Perú) en el sector público se han desarrollado modalidades de gestión participativa, denominados contratos de gestión, que implican un grado de compromiso mayor por parte del personal. También se observa en veinte países analizados en América Latina una tendencia cada vez mayor a impulsar mecanismos de participación social en la reforma del sector de la salud, especialmente en los niveles intermedio y local. La participación del ciudadano en la definición y evaluación de la atención de salud prestada se está tornando cada vez más importante.<sup>73</sup>

## CONCLUSIONES

Dos líneas principales parecerían ser las emergentes del estudio. Por un lado, las prioridades de las reformas- en casi todos los países- pasaron por cambios en los mecanismos de financiamiento, por intentos de reducción de costos, por incorporación de mecanismos de mercado, por mejora de cobertura en algunos casos- pero el tema de los recursos humanos fue, cuanto menos, descuidado. Cuando se realizaron políticas en la materia, estuvieron dirigidas a sistemas de incentivos y remuneración variable que, en pocas ocasiones estuvieron acompañadas por acciones sistemáticas en materia de gestión de los recursos humanos. Esto es observable, incluso por la ausencia de bibliografía sistemática, producto de estudios específicos en la materia. Ello, a pesar de ser un sector intensivo en personal, y cercano en parte a la economía de la innovación, por la importancia que el conocimiento adquiere en la práctica profesional. Las diferencias encontradas entre países, adquieren desde esta perspectiva sólo una visión diferencial en el tipo de reformas y en el grado de profundidad que se afectó al personal.

En esa línea se encamina otra conclusión que sostiene que, cualquiera sea el tipo de reformas introducidas, han tendido como señala Bach<sup>74</sup>, a ser predominantemente negativas, tanto en materia de modalidades de contratación como de mayor precariedad laboral, y un consecuente aumento de la segmentación, así como en incremento en la intensidad de trabajo. La información es insuficiente para conocer plenamente las consecuencias de las transformaciones en materia de organización y contenido del trabajo. Asimismo, se requeriría de estudios de carácter sistemático para analizar los efectos del conjunto de factores sobre la calidad de la atención y la salud de la población.

---

<sup>73</sup> Infante, A; de la Mata, I, López Acuña, D, op cit, 2000

<sup>74</sup> Bach, S, Op cit, 1998